

zu dem Beitrag

Zukünftige Häufigkeit temperaturbedingter Herzinfarkte in der Region Augsburg

Eine Hochrechnung auf der Grundlage der Zielwerte der Pariser UN-Klimakonferenz

von Kai Chen PhD, Dr. rer. nat. Susanne Breitner, Dr. rer. biol. hum. Kathrin Wolf, Masna Rai BSc, Prof. Dr. med. Christa Meisinger, Dr. med. Margit Heier, Prof. Dr. med. Bernhard Kuch, Prof. Dr. rer. biol. hum. Annette Peters, Dr. rer. biol. hum. Alexandra Schneider in Heft 31–32/2019

Strategien entwickeln statt Katastrophisieren

Mit diesem Block an Veröffentlichungen (1–4) springt das Deutsche Ärzteblatt auf den Zug der Klimaaktivisten auf, offensichtlich aus Angst, zu spät zu kommen und späteren Vorwürfen zu entgehen. Dass die Zahl an kardiovaskulären Ereignissen und Herzinfarkten bei Hitze ansteigen kann, ist nicht neu. Was neu ist, ist die bemühte Verbindung zum Klimawandel. Dabei scheint fast völlig aus dem Blick geraten zu sein, dass sich Lebewesen an veränderte klimatische Bedingungen anpassen.

Die Autoren (1) prognostizieren eine Erhöhung der Herzinfarktfälle um 0,1 bis 0,7 %. Betrachtet man die Konfidenzintervalle (zum Beispiel [–87; 257]), zeigt sich, dass das, was hier vorhergesagt wird, gar nicht unbedingt so eintreten muss.

Die Schlussfolgerung, die Erkenntnisse legten nahe, dass Maßnahmen zur Eindämmung des Klimawandels erforderlich seien, um das Ziel des Übereinkommens von Paris, die Erderwärmung auf 1,5 °C zu begrenzen, ist vollkommen abwegig.

Vollständig als Arbeit einer Klima-Interessenvertretung im Sinne der „Fridays for Future“-Bewegung gibt sich ein Artikel zu erkennen, wenn in ihm aufgefördert wird, „dass Fachkräfte im Gesundheitswesen eine führende Rolle bei der Bekämpfung des Klimawandels spielen“ sollen. Wo soll das hinführen? Sollen wir wieder Glasspritzen auf den Stationen und in den Praxen verwenden?

Anstatt des ständigen Katastrophisierens wären Veröffentlichungen hilfreich, die den medizinischen Umgang mit Erkrankungen, die durch Klimaveränderungen eventuell vermehrt auftreten, zum Inhalt haben.

Die sich über 25 Seiten erstreckenden Beiträge zum Thema Klimawandel im Deutschen Ärzteblatt (1–4) wären es allenfalls wert, in der Rubrik „Randnotiz“ oder „Studien im Fokus“ zitiert zu werden. Einen Nutzen für meine tägliche Arbeit sehe ich in ihnen nicht.

DOI: 10.3238/arztebl.2019.0736a

Literatur

- Chen K, Breitner S, Wolf K, et al.: Projection of temperature-related myocardial infarction in Augsburg, Germany: moving on from the Paris Agreement on Climate Change. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116: 521–7.
- Aghdassi SJS, Schwab F, Hoffmann P, Gastmeier P: The association of climatic factors with rates of surgical site infections—17 years' data from hospital infection surveillance. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116: 529–36.
- Leyk D, Hoitz J, Becker C, Glitz KJ, Nestler K, Piekarski C: Health risks and interventions in exertional heat stress. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116: 537–44.
- Nowak D: Global warming—the German picture. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116: 519–20

Mario Loß

Praxis für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Berlin
lossxt@aol.com

Schlusswort

Wir danken Herrn Loß für sein Interesse an unserer Arbeit (1), stimmen jedoch nicht mit seiner Interpretation unserer Ergebnisse und der Bemerkung überein, dass Fachkräfte des Gesundheitswesens keine führende Rolle bei der Bekämpfung des Klimawandels spielen sollten. Zwar sind die Schätzungen zur Nettoveränderung künftiger temperaturbedingter Myokardinfarktereignisse (MI) nicht signifikant, die Schätzungen bezüglich hitzebedingter MI sind jedoch statistisch signifikant und zeigen einen Anstieg von 54 (95 %-Konfidenzintervall [KI]: [1; 124]) beziehungsweise 109 [4; 313] Fällen pro Jahrzehnt bei einer globalen Erwärmung um 2 °C/3 °C (Tabelle 2 in [1]). Die nichtsignifikanten Schätzer der Nettoveränderung sind vorwiegend auf die Unsicherheit bei den Schätzungen der kältebedingten Belastung zurückzuführen.

Da die Anzahl der Herzinfarkte in der zugrundeliegende KO-RA-Studienpopulation relativ klein ist, führen die KIs bei den kältebezogenen Schätzern zu großen Unsicherheiten (eGrafik in [1]). Die Prognose, dass hitzebedingte MI bei einer globalen Erwärmung um 2 °C/3 °C im Vergleich zu einem Anstieg um 1,5 °C zunehmen werden, steht im Einklang mit der Schlussfolgerung eines Sonderberichts des Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC), wonach „bei einer Erwärmung um 1,5 °C geringere Risiken für hitzebedingte Morbidität und Mortalität prognostiziert werden als bei einer Erwärmung um 2 °C“ (2). Daher legen unsere Ergebnisse sowie die in weiteren Studien erbrachte Evidenz nahe (3), dass die Begrenzung des Anstiegs der globalen Erwärmung auf 1,5 °C für den Schutz der öffentlichen Gesundheit von entscheidender Bedeutung ist. Wir, wie viele andere Gesundheitsfachkräfte in Deutschland (<https://healthforfuture.de>), sind davon überzeugt, dass sich das professionelle Gesundheitswesen an der Bekämpfung des Klimawandels beteiligen sollte.

DOI: 10.3238/arztebl.2019.0736b

Literatur

- Chen K, Breitner S, Wolf K, et al.: Projection of temperature-related myocardial infarction in Augsburg, Germany moving on from the Paris Agreement on Climate Change. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116: 521–7.
- Hoegh-Guldberg O, Jacob D, Taylor M, et al.: Impacts of 1.5°C global warming on natural and human systems. In: Masson-Delmotte V et al. (eds.): Global warming of 1.5°C. Geneva, Switzerland: World Meteorological Organization 2018.
- Haines A, Ebi K: The imperative for climate action to protect health. *N Eng J Med* 2019; 380: 263–73.

Für die Autoren

Kai Chen, Ph.D.

Department of Environmental Health Sciences
Yale School of Public Health; Yale Climate Change and Health Initiative
kai.chen@yale.edu

Interessenkonflikt

Die Autoren beider Diskussionsbeiträge erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.